1. AMAÇ:

Hastalara ait tıbbi kayıtların etkin, doğru ve zamanında oluşturulması, sistematik bir arşivleme sistemi ile güvenli muhafazası ve hastaların bakım sürecine ilişkin her türlü bilgi ve belgeye zamanında ulaşılabilmesinin sağlanmasıdır.

2. KAPSAM:

Sağlık Tesisimizin sunduğu hizmetleri ve hizmet sunulan tüm bölümleri kapsar.

3. KISALTMALAR:

4. TANIMLAR:

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

EKG: Elektrokardiyografi

5. SORUMLULAR:

- Başhekim
- Sağlık Tesisi Müdürleri
- Arşiv Birim Sorumlusu ve Çalışanları
- Sağlık Tesisi Çalışanları

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1.Dokümanların Muhafazası: Sağlık tesisimizde ayaktan ve yatan hasta kayıtları elektronik ve kâğıt ortamında saklanır**.** Bunlar;

Elektronik Ortamda Muhafaza Edilenler:

- Radyoloji tetkikleri
- Laboratuvar Tetkikleri
- Konsültasyon istem formu

Kâğıt Ortamında Muhafaza Edilenler:

Kağıt ortamında saklanan formlar **“Hasta Dosyası Dizi Pusulası”** nda açıklanmıştır.

6.2. Tıbbi Kayıtlarla İlgili Sorumlular ve Sorumlulukları

Hekimler: Hastanın tanı ve tedavisi ile ilgili hasta dosyasını ve diğer tüm kayıtları kendisi ile ilgili tüm alanları eksiksiz doldurmakla yükümlüdür.

Sağlık Çalışanları: Hasta bakımı ve tedavisi ile ilgili hasta dosyasını ve diğer tüm kayıtları kendisi ile ilgili alanları eksiksiz doldurmakla ve işi biten dosya ve evrakları eksiksiz olarak arşive teslim etmekle yükümlüdür.

Yatış kağıdını kontrol eder, hastanın adı, soyadı, baba adı, dosya numarası, doğum tarihi, medeni durumu, cinsiyeti, işi ve adresi, teşhisi, yatıran tabibin isim kaşesi ve imzası eksikse tamamlanmasını sağlar. *Hastanın yatmasından taburcu olmasına kadar kullanılan bütün formlar ile, EKG,, röntgen, gibi raporları hasta dosyasına koyar ve bunun takibini yapar.

Hasta taburcu olurken, resmî hastaların raporlarının ilgili tabipçe yazılmasını sağlar; taburcu notunu kontrol eder ve hasta dosyasını hasta kabul bölümüne gönderilmeden önce “**Hasta Dosyası Dizi Pusulası”**ndaki sıralamaya göre düzenler.

İdari ve Mali İşler Müdürü: Arşiv hizmetlerini planlamak, uygulamak ve denetlemek,

Arşiv Birim Sorumlusunun Görevleri

- Genel işleyiş ve düzeni sağlar.
- Birim çalışanlarının koordinasyonunu sağlar.

- Birimin ısı ve nem oranlarının takibini yapar.
- Birimin haşerelere karşı periyodik ilaçlamalarını takip eder.
- Birimin temizlik takibini yapar ve formların uygun şekilde doldurulmasını sağlar.
- Arşiv birimi yerleşim planını hazırlar ve güncelliğini sağlar.

Arşiv Memurunun Görevleri

- Arşiv memuru hasta dosyasının kontrolünü yaptıktan sonra HBYS üzerinden kaydını yaparak teslim alır.
- Arşiv memuru kabul edilen hasta dosyalarını renk ve numara sırasına göre ilgili rafa yerleştirir.
- Kurum ve kuruluşlardan resmi yazı ile hasta dosyası ve evrak istendiğinde arşivden istenen dosya ve evrakların aslı verilmez.
- Resmi yazı ile istenilen dosya ve evraklar idarenin onayına müteakip istenilen evrakın fotokopisi ilgili kurumlara resmi yazı ile gönderilir ya da ilgililere teslim edilir.
- Polikliniklerden ve servislerden gelen **"Arşiv Evrakı İstem Formu"** ile hasta dosyası istendiğinde, istenilen dosyanın yerine, dosya istek fişi vekil dosyanın içine yerleştirilerek verilen hasta dosyasının yerine koyulur. Serviste ve poliklinikte işi tamamlanan dosyalar ilgili bölüme yerleştirilir vekil dosya raftan kaldırılır.
- Hasta dosyaları kurumda saklanır.

6.3. Hastane Standart Dosya Planı ve İçeriği: Sağlık tesisimizdeki hasta dosyaları **"Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi'** ine göre düzenlenir.

6.4. Hasta Dosyası İçeriğinin Kontrolü ve Eksikliklerin Tamamlanması: Hasta dosyasında kâğıt ortamında saklanması gereken evraklar **"Hasta Dosyası Dizi Pusulası"**nda tanımlanmıştır. Taburcu/ex olan hasta dosyaları bu forma göre kontrol edilir. Sırasıyla TİG ve Faturalandırma Birimlerinde işlemleri gerçekleştirilir. Hasta dosyaları klinik kodlama (TİG) biriminde incelenerek eksiklikler varsa kayıt altına alınarak ilgili birime eksikliklerinin tamamlanması için geri gönderilir. Tüm işlemleri biten hasta dosyaları son olarak Arşiv Birimine gelir.

6.5. Arşiv Hizmetlerinin İşleyişi:

6.5.1.Arşiv Planı: Hastanemizde 1 Arşiv bulunmaktadır. Arşiv odasının ilgili yerlerinde arşiv planları asılıdır. Arşiv saklama sisteminde ahşap raflar kullanılmaktadır. Arşiv planlarında odalarda kaç adet rafların olduğu ve içlerinde hangi dosyaların saklandığı belirtilmiştir.

6.5.2.Yetkilendirme:

Dosyaların Arşive Kabulünde Yetkilendirme:

İşlemleri biten tüm dosyalar Arşive gelir. Arşiv görevlisi kontrolleri yaparak dosyayı arşive alır ve ilgili bölümlere yerleştirir.

Dosyaların Arşivden Çıkışındaki Yetkilendirme: Tekrar görülmesi gerekli olan kayıtların (tıbbi, idari) arşivden çıkarılması gerekli olduğunda **Arşiv Evrakı İstem Formu** doldurulur. Hasta dosyalarının arşivden istenmesi sadece hekimler ve yönetici kademedeki idareciler tarafından sağlanabilmektedir.

Arşiv malzemesinin aslı hiçbir suretle arşivden veya bulundukları yerden dışarıya verilmez. Ancak, Devlete ve tüzel kişilere ait bir hizmetin görülmesi, bir hakkın korunması ve ispatı gerektiğinde usülüne göre örnekler verilebilir.

Adli Vaka Kayıtlarının Çıkışında Yetkilendirme: Adli merciler tarafından talep edilen adli vaka dosyalarının çıkışı resmi yazı gereği ilgili birime (**Adli Birim)** gönderilmek üzere personele zimmet karşılığı teslim edilir.

İmha Yetkisi: Güncel yayımlanmış haline göre oluşturulan imha komisyonu yetkisinde, uygun yöntemlerle, geri dönüşümsüz şekilde imha edilir. İmha komisyonuna dahil edilecek personel Başhekim ve Hastane Müdürü tarafından atanır.

6.5.3. Dosyaların Arşive Teslimi, İçeriğinin Kontrolü ve Kabulü

6.5.2.1. Genel Arşive Dosyaların Teslimi, İçeriğinin Kontrolü ve Kabulü: Arşiv Yönetmeliği gereği birimlerimizde bulunan evrakların dosyalama aşamasında "Sağlık Bakanlığı ve bağlı Kuruluşları Saklama

Süreli Standart Dosya Planı" ve ortak alanlara ait dosya planı **www.saglik.gov.tr** ve **www.sgb.saglik.gov.tr** internet adreslerinde yayınlanmıştır. Buna göre her türlü bilgi ve belgenin arşive teslim edilmesi için Yönetmeliğe uygun hale getirilmesi ve arşiv dosya klasör sırtlarının Bakanlığımızın Standart Dosya Planına Uygun kodlanarak her klasör için dosya içerik döküm formunun oluşturulması sağlanır.

Tıbbi Arşive Dosyaların Teslimi, İçeriğinin Kontrolü ve Kabulü: İşi biten hasta dosyaları klinik kodlama birimine gönderilir. Klinik kodlamacı tarafından dosyaların kontrolleri yapılır. Eksik dosyalar klinik kodlamacı tarafından **"Eksiksiz Hasta Dosyası Veri Toplama Formu"** na kaydedilir. Eksiklerin tamamlanması için ilgili birimlere geri gönderilir. Bütün işlemleri tamamlanan hasta dosyaları arşive gelir. Arşiv görevlisi dosyaların kontrollerini yaparak arşive kabul eder.

6.5.4. Kabul Edilen Dosyaların Arşive Yerleştirilmesi: Arşive kabul edilen dosyalar Standart Dosya Planına Uygun kod numarasına göre arşivde ilgili bölüme yerleştirilir.

6.5.5. İlgililere Dosyaların Arşivden Teslimi ve Geri Alınması

Arşivden herhangi bir hasta dosya çıkışı için doktor tarafından imzalanmış **Arşiv Evrakı İstem Formu** doldurulması zorunludur. **Arşiv Evrakı İstem Formu** doldurulmadan ve imzalanmadan yapılan talepler arşiv görevlisi tarafından karşılanmaz. **Arşiv Evrakı İstem Formu** ile istem yapılan hasta dosyaları arşiv görevlisi tarafından HBYS üzerinden istenen servise (ilgili birim) çıkışı yapıldıktan sonra talep eden personele teslim edilmek üzere ilgili bölümden çıkartılır.

Arşivden çıkan hasta dosyasının bulunduğu alana **Arşiv Evrakı İstem Formu** yerleştirerek hasta dosyasının çıktığı alanın sürekli göz önünde bulundurulması sağlanır. Arşivden çıkışı yapılan ve belirlenen süre (40 gün) içerisinde arşive geri gönderilmeyen dosyayı alan personele hatırlatmada bulunulur.

6.5.6. Arşive yerleştirilen dosyaların korunması, saklanması ve imhası ile ilgili usul ve esaslar
***Arşive yerleştirilen dosyaların korunması, saklanması**

Riskin Türü	Riskin Nedenleri	Riskin Ürün Güvenliğine Etkisi	Riskin Tespit Yönetimi	Alınacak Önlemler ve Yapılacak Faaliyetler
ISI -NEM	Isıtma ve soğutma sistemlerinin arızalanması	Malzemenin bozulmasına neden olur.	Isı –nem takipleri yapılır	Arşivde ısıları ısı nem cihazı ile düzenli kontrol edilir. Alınan değerler Isı Nem Takip Formu 'na kaydedilir. Anormal durumda İdareye bilgi verilir.
YANGIN	Yanıcı Madde	Malzemenin yanmasına neden olur.	Gözlem + Algılama Sistemleri	Depolarda yanıcı ve patlayıcı madde bulundurulmaz. Yangına karşı merkezi söndürme sistemi veya yangın söndürme ekipmanı bulundurulur. Sivil Savunma Uzmanı/Amiri tarafından kontrolleri yapılarak kayıt altına alınır. Depolar yangın algılama sistemi ile olası tehlikeler erken anlaşılır.
ELEKTRİK	Elektrik Kaçağı	Malzemenin yanmasına neden olur.	Gözlem + Algılama Sistemleri	Prizlerin ve elektrik düğmelerinin kırık olmamasına dikkat edilir. Elektrik kablolarının açıkta kalmamasına dikkat edilir.

SU BASKINI	Su tesisatı arızası Su baskını	Malzemenin bozulmasına neden olur.	Gözlem ve takip yapılır.	Malzemenin depolandığı yerlerde su tesisatı kapalı sistem haline getirilerek bariyer oluşturulur. Atık su boruları açıkta görülmeyecek şekilde kapatılarak yalıtımı yapılır. Kalorifer tesisatı kontrol edilir. Su baskınlarına karşı mevcut rafların yerden yüksekliği en az 5 cm'dir. Su basmaları, sel felaketlerine karşı bariyer, logar, tahliye kanalları gibi önlemler alınır.
HAŞERE-MİKROORGANİZMA-TOZ	Kemirgen ve haşerelerin çeşitli nedenlerle depolara girmesi	Ürün ve malzemenin yapısının bozulmasına neden olur	Gözlem yapılır.	Anlaşma yapılan ilaçlama firması tarafından teknik şartnamede belirtilen aralıklar ile haşere ve kemirgenlere karşı ilaçlama ve kontrol yapılır. Arşiv temizliği, Arşiv Temizlik Planına uygun şekilde yapılarak Arşiv Temizlik Takip Formuna kayıt edilir. Mikroorganizmalara karşı koruyucu tedbir olarak arşiv depolarının yılda en az bir defa olmak üzere dezenfeksiyonu sağlanmaktadır.
HIRSIZLIK	Malzeme çalma amacıyla depolara girilmesi.	Malzemenin çalınmasına neden olur.	Malzemelerin sayımı yapılır.	Arşiv odaları kullanılmadıklarında kilitli tutulur. Arşiv odalarına yetkili görevlilerin haricinde girilmez. Hastanemizde 24 saat kamera sistemi aktif bir şekilde çalışmaktadır
İKLİMLENDİRME				Arşivin iklimlendirmesinin sağlanması gerekmektedir.

Arşive Yerleştirilen Dosyaların Ayıklama ve İmhası: Evrakların ayıklanmasından ve imhasından sorumlu üyeler, Başhekim'in görevlendirdiği kişilerden oluşturulmuş olup görevlerini yerine getirmektedirler.

Komisyon üyeleri:

1- Üye (Başkan) Başhekim

2- Üye (İlgili Müdür)

3- Üye (Arşiv Sorumlusu)

Ayıklama ve imha komisyonları, her yılın Mart ayında toplanarak çalışmalarına başlar. Komisyon üye tam sayısı ile toplanır ve kararını oy çokluğu ile alır. Oyların eşit çıkması halinde söz konusu malzemenin muhafazasına karar verilmiş sayılır**. (yönerge maddesi 35 –değişiklik maddesi 7)**Çalışmalar sonunda dosya planı esas alınmak üzere iki nüsha imha listesi hazırlanır. İmha listeleri, ayıklama ve imha komisyonlarının başkan ve üyeleri tarafından imzalanır**. (yönerge maddesi 37)**

Hastanemiz Evrak ayıklama ve imha komisyonu tarafından hazırlanan imha listeleri kurum amiri onayından

sonra il sağlık müdürlüğü kanalıyla bakanlığın görüşüne sunulur. **(yönerge maddesi 38)**

Onayı müteakip özel makinelerle kıyılarak kâğıt maddesi olarak kullanılmak üzere değerlendirilir. **(yönerge maddesi 39)**

Daha sonra imha işlemleri için iki nüsha tutanak hazırlanır. Bu tutanak komisyon başkan ve üyeleri tarafından imza altına alınır. Listeler 10 yıl süreyle saklanır. **(yönerge maddesi 41–42)**

6.5.7. Adli Vaka Dosyalarını ve Filmlerinin Yönetimi:

Adli Vaka dosyalarının Kabulü: Dosyaların arşive kabulü tanımlanan şeklinde kontrol edilir. Film (Röntgen, MR, Tomografi, CD vb.) varsa sistem (HBYS) üzerinden kaydı yapılarak Adli vaka filmlerine ayrılmış olan raflara sayı numarasına göre yerleştirilir.

Arşive alınan adli vaka dosyaları sadece ilgili hukuki merciler ve kolluk kuvvetlerinin talebi, resmi yazı gereği isteyen birime **(Sağlık Kurulu, Adli Birim**) gönderilmek üzere zimmet karşılığı ilgili personele teslim edilir. Adli vaka dosyaları herhangi bir resmi dilekçede aksi belirtilmemiş ise "**aslı gibidir"** onaylı fotokopileri teslim edilir. Hastanın görüntüleme **(Röntgen, MR, Tomografi, CD vb.)** ile ilgili filmleri HBYS üzerinden çıkış kaydı yapılarak doğrudan teslim edilebilir.

6.6. Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği ile ilgili kurallar:

6.6.1. Çalışanların bilgiye erişim konusundaki yetkileri (kimin hangi bilgiye ne zaman erişebileceği)

"Yıllık Eğitim Planı" doğrultusunda tüm çalışanlarımıza bilgi güvenliği eğitimi verilir.

Sağlık tesisimizde üst yönetim ile çalışan tüm personel arasında **Etik Sözleşme** imzalanarak personel dosyasında arşivlenir.

Sağlık tesisimizde üst yönetim ile çalışan tüm personel arasında Sağlık Bakanlığı Bilgi Güvenliği politikası doğrultusunda **Kurumsal Gizlilik Sözleşmesi** imzalanarak kayıt altına alınır

Bilgi İşlem Birimi tarafından yetkilendirilmiş çalışanlar ancak kendi yetkileri dâhilinde olan hastaların sağlık kayıtlarına erişebilir.

Hastaların klinik kayıtlarına yalnızca konu ile ilgili yetkilendirilmiş kişinin giriş yaptığı hastane veri tabanında izlenebilir.

İlgililere dosyaların arşivden teslimi ve geri alınması kurallarına uyularak tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanır.

6.6.2. Bilgiye erişim yetkisi olan kişilerin, bilgileri gizli tutma yükümlülüğü: Hiçbir hasta kaydı elektronik veya kâğıt ortamında adli durumlar hariç olmak üzere hiçbir kuruma veya üçüncü şahıslara sözlü veya yazılı olarak teslim edilemez. Hastaların tıbbi kayıtlarına sistem üzerinden bakılmak suretiyle hiçbir şekilde üçüncü şahıslarla paylaşılamaz.

6.6.3. Gizlilik ve mahremiyetin ihlali durumunda izlenecek süreç: Gizlilik ve mahremiyetin ihlali durumunda ilgili amir tarafından yasal işlemler başlatılır.

6.7. Hasta dosyalarına yönelik düzenleme: Ayaktan ve yatan tüm hastaların tıbbi kayıtlarında, hastaneye her başvuruda, belirlenen aynı sabit dosya numarası kullanılır.

Ayaktan hastaların poliklinik sürecine ilişkin tüm tıbbi kayıtları (önemli semptom ve bulgular, ön tanı, tetkik sonuçları, tanı, tedavi gibi), belirlenen sabit dosya numarası üzerinden elektronik ya da kağıt ortamda geriye dönük erişilebilir.

Hasta dosyaları için standart bir dosya içeriği, asgari bilgi ve dokümanlar, branş veya bölüm bazında **"Hasta Dosyası Dizi Pusulası"** ile takip edilir.

Hasta Dosyalarında, Aşağıda Belirtilen Hastaya Ait Demografik Bilgiler:

· Doğum tarihi,

· Cinsiyeti,

· İkametgah bilgileri,

· Medeni durumu,

· Eğitim durumu,

· Hastanın yetki verdiği kişiler/takibini yapan yakını (kendisi, eşi, çocuğu, diğer),

· Mesleği bulunur.

Hasta dosyaları içerik, kayıtların tam ve tutarlı olması gibi hususlar açısından arşiv görevlisi tarafından kontrolleri yapılarak arşivlenir.

6.8. Hasta taburculuk özeti: Taburculuk özeti, taburculuk kararı ile birlikte yazılır. **Taburculuk özetinde asgari aşağıdaki bilgiler yer alır:**

*Hastanın başvuru nedeni *Önemli bulguları *Konulan teşhis *Uygulanan tedaviler

*Hasta taburcu olurken genel durumu *Taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar *Kontrol zamanı

*Acil durumlarda hastanın arayabileceği telefon numaraları *Hastanın dikkat edeceği hususlar

*Taburculuk özetinin bir nüshası hastanın dosyasında bulunur, diğer nüsha hastaya/hasta yakınına imza karşılığında verilir.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

* Hasta Dosyası Dizi Pusulası

* Arşiv Evrakı İstem Formu

* Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi (DIŞ KAYNAKLI DOKÜMAN)

* Eksiksiz Hasta Dosyası Veri Toplama Formu

* Yıllık Eğitim Planı

* Kurumsal Gizlilik Sözleşmesi

* Bilgi Güvenliği Sözleşmesi